Nr 46. Kraków, 16. listopada 1918 Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 16. listopada 1918. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej w Krakowie.

Wyniki bakteryologiczne badania kilkunastu zwłok osób zmarłych na influenzę hiszpańską w r. 1918

przez

Prof. Dra R. Nitscha.

(Przedstawione w Towarzystwie lek. krak. 9. X. 1918).

Wspólnie z prof. Ciechanowskim badaliśmy z końcem września i na początku października 1918 anatomo-patologicznie i bakteryologicznie zwłoki osób zmarłych na influenzę hiszpańską. Prof. Ciechanowski zdał już sprawę z kilkudziesięciu przypadków, zbadanych anatomo-patologicznie. Z braku czasu można było bakteryologicznie zbadać zaledwie kilkanaście przypadków. Zbadano mianowicie razem tylko 16 zwłok, z tych jednak u 3 zwłok wykluczono influenzę hiszpańską na podstawie badania anatomo-patologicznego, chociaż klinicznie ją przypuszczano za życia. U dwóch z tych zmarłych był wynik badania bakteryologicznego ujemny: ani w preparatach, ani w hodowli ze śledziony, z krwi, z wysięku opłucnego i t. d. nie znaleziono żadnych bakteryi. U trzeciego zmarłego znaleziono we krwi i w płynie z jamy czaszki paciorkowce.

Pozostaje zatem bakteryologicznie zbadanych tylko 13 takich zwłok, u których rozpoznano influenzę hiszpańską na podstawie rozpoznania klinicznego i wyniku sekcyi. Badania przeprowadzono, szczepiąc krew, wziętą z serca ze zwykłemi ostrożnościami bakteryologicznemi, na agar zwykły i surowiczy. Tak samo szczepiono materyał wzięty z ogniska w płucach i ze śledziony. Prócz tego szczepiono też treść wziętą z oskrzeli lub z tchawicy. Materyał z tych narządów szczepiono jeszcze oprócz tego na agar z krwią, w celu umożliwienia wzrostu bakteryom influenzy. Ze wszystkich badanych narządów robiono też preparaty i barwiono je błękitem metylenowym i metodą Grama.

Wyniki badania przedstawi najlepiej następujące zestawienie:

Na 13 zwłok badanych znaleziono							
w materyale wziętym	paciorkowce	bakt. influenzy	gronkowce	odmieńca (v. proteus)	bakt. błonicy	materyał jałowy	nie badano
z krwi serca	9	0	0	0	0	3	1
ze śledziony	5	0	0	0	0	8	0
z ogniska w płucach	12	3	4	1	0	0	1
z oskrzeli (tchawicy)	9	1	2	2	1	0	4

Z zestawienia tego wynika, że na 12 prób badanych znaleziono we krwi wziętej ze serca 9 razy paciorkowce. Tylko 3 próby były jałowe. Przytem ilość paciorkowców była nieraz tak wielka, że widziano je wprost w preparatach zrobionych ze krwi: czasem można było prawie na każdem polu widzenia zauważyć łańcuszki krótsze lub dłuższe, a w jednym przypadku (Gawroniówna) było tych łańcuszków takie mnóstwo, że zdawały się przewyższać ilość krwinek czerwonych.

Natomiast w śledzionie znaleziono na 13 śledzion badanych paciorkowce tylko 5 razy: osiem próbek ze śledzion było jałowych. Nieraz przytem widziano w preparatach, zrobionych z miąższu śledzionowego, więcej lub mniej wyraźne (czasem tylko jakby cienie) ziarenkowce lub krótkie łańcuszki, hodowle jednak były jałowe. W tych przypadkach uważano wynik za ujemny. Czasem też było odwrotnie: preparatach z miąższu nie widziano wcale bakteryi, ale w hodowli otrzymywano czyste paciorkowce. Ciekawe jest, że u zmarłej Gawroniównej, u której była tak ogromna ilość paciorkowców we krwi, w preparatach z miąższu śledzionowego wcale ich nie widziano. Dopiero hodowle ze śledziony wykazały skąpy wzrost paciorkowców.

Z ogniska w płucach (badano je u 12 zwłok) i w treści z oskrzeli (tchawicy) (badano ją u 9 zwłok) znaleziono zawsze paciorkowce. Nie było ani jednego badanego ogniska płucnego i ani jednej badanej treści z oskrzeli (tchawicy), gdzieby paciorkowców nie znaleziono.

Oprócz paciorkowców znaleziono jeszcze na 12 prób badanych w ognisku płucnem 3 razy bakterye influenzy, a raz oprócz tego w treści z oskrzeli. W ognisku płucnem i w treści z oskrzeli znaleziono prócz tego kilka razy gronkowce, odmieńca (proteus), a raz bakterye błonicy. Nigdy nie znaleziono tych bakteryi ani we krwi wziętej z serca, ani w śledzionie.

Badania te — chociaż wykonane tylko na szczupłym materyale — dowodzą jednak, że paciorkowce odgrywają bardzo ważną rolę w obecnej epidemii influenzy hiszpańskiej. O n e s ą p r a w d o p o d o b n i e p r z y c z y n ą ś m i e r c i w w i ę k s z o ś c i p r z y p a d k ó w. Dowodzi tego stała ich obecność w ogniskach płucnych zmienionych chorobowo i bardzo częsta ich obecność we krwi, wziętej z serca, (w naszym materyale u $^3/_4$ badanych). W krwi z serca znaleziono paciorkowce u osób zmarłych przed $3^1/_2$, 7, 11, 15, 17, 19 i 26 godzinami, — nie znaleziono ich zaś u osób zmarłych przed 8, 10, 10 i 16 godzinami (u 2 osób nie można się było dowiedzieć, przed ilu godzinami zmarły). Z tego zestawienia wynika, że obecność paciorkowców we krwi nie zależy od tego, jak dawno chory zmarł, a więc, że nie jest zjawiskiem pośmiertnem. Być może, że u pewnej liczby chorych dostają się one do krwi dopiero w czasie konania, ale niewątpliwie często krążą we krwi nieraz, gdy chory ma jeszcze dość sił, a nawet u takich, którzy mogą jeszcze wyzdrowieć. Badano kilkakrotnie za życia krew chorych, którzy jeszcze dużo sił mieli i znajdowano paciorkowce. Niewątpliwie więc paciorkowce są główną przyczyną wikłającą influenzę hiszpańską i powikłaniem bardzo groźnem dla chorych. W porównaniu z paciorkowcami mają inne bakterye — jak gronkowce, odmieniec, błonica — podrzędne znaczenie.

Jeżeli jednak u większości chorych na influenzę hiszpańską są paciorkowce przyczyną śmierci, to z pewnością nie one są przyczyną choroby. Za przyczynę choroby uważa się przeważnie bakterye influenzy, wykryte przez Pfeiffera w r. 1892. Część bakteryologów uważa za przyczynę influenzy hiszpańskiej nieznane jeszcze i prawdopodobnie ultramikroskopowe drobnoustroje. Która strona ma słuszność, trudno rozstrzygnąć.

W naszym materyale znaleziono bakterye influenzy tylko w 3 przypadkach, t. j. prawie u $^1/_4$ badanych. Nie można jednak na tej podstawie wnosić, że bakterye influenzy nie są

przyczyną influenzy hiszpańskiej, a to z dwu powodów: po pierwsze badano tylko kilka prób z każdych zwłok, a ognisko w płucach badano zawsze tylko jedno, nie zważając przy tem na to, czy się bierze materyał z miejsca świeżo dotkniętego sprawą chorobową, czy też z miejsca już dawniej zajętego. Być może, że gdyby z każdych zwłok brano po kilkanaście prób z różnych ognisk, to i bakterye influenzy częściejby znaleziono. Po drugie zaś bakterye te mogły wywołać chorobę, a potem ustąpić miejsca innym zarazkom, a przedewszystkiem paciorkowcom. Znamy przecież chorobę, wywołaną przez bakterye, należące do tej samej grupy, co bakterye influenzy, a mianowicie krztusiec, w którym bakterye krztuśca znajdujemy tylko w początkowym okresie choroby. Później już ich wykryć nie można.

Co się tyczy szerzenia się influenzy hiszpańskiej, to następuje ono niewątpliwie przez bezpośrednie zetknięcie się, jak przez całowanie, używanie tych samych chustek, ręczników, naczyń stołowych i t. p. Bezwątpienia także zakażenie kropelkowe odgrywa tu bardzo znaczną rolę: przez opryskanie śliną przy mówieniu, kichnięciu, kaszlu i t. p. można z łatwością przenieść chorobę. Jest natomiast wątpliwe, żeby influenza przenieść się mogła przez sprzęty, bieliznę, ubrania, zabawki, książki, które nie pochodzą bezpośrednio z rąk chorego. Zdaje się, że spostrzeżenia kliniczne potwierdzają to przypuszczenie, oparte na wielkiej nietrwałości bakteryi influenzy poza ustrojem ludzkim.

Z tych uwag wynika także, jak się strzedz należy przed zarażeniem się influenzą. Osobista ochrona odgrywa tu rolę najważniejszą.

Co do leczenia jesteśmy w influenzy hiszpańskiej zdani na leczenie objawowe. Ani surowicy, ani szczepionki przeciw bakteryom influenzy dotąd się nie używa. Możnaby jednak, a nawet powinnoby się używać surowicy przeciw paciorkowcom lub szczepionki przeciw tym zarazkom. Przeciw płonicy podał przed kilkunastu laty Gabryczewski szczepionkę paciorkowcową, której używano zapobiegawczo w Rosyi na wielką skalę i z bardzo dobrym wynikiem. Influenza hiszpańska stoi zupełnie na równi z płonicą co do częstości powikłania przez paciorkowce. Byłoby więc wskazane używać i tu zapobiegawczo szczepionki przeciw paciorkowcom, otrzymanej z paciorkowców wyhodowanych z chorych lub zmarłych na influenzę hiszpańską. Możnaby szczepić albo jeszcze zdrowych albo też chorych od pierwszego dnia choroby. Tam, gdzie się już rozwinęły ogniska zapalne w płucach, należałoby użyć surowicy przeciwpaciorkowcowej samej lub w kombinacyi ze szczepionką.

Z pracowni chemicznej szpitala powszechnego w Lincu n D. Prym. † Dr. Egon Lindner.

O wpływie wstrzykiwań wśródżylnych cukru na zawartość cukru we krwi i wydzielanie kwasu mlecznego.

Podali

† Egon Lindner i Wacław Moraczewski.

Poprzednia nasza praca nad zawartością cukru we krwi i wydzielaniem kwasu mlecznego pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny i florydzyny zachęciła nas do badań podobnych przy jednoczesnem wstrzykiwaniu roztworów cukru do żyły.

Widzieliśmy, jaki wpływ wywiera podawanie cukru przez przewód pokarmowy. Widzieliśmy, że istnieją dwa typy wydzielania. Pierwszy typ »adrenalinowy«, gdzie wskutek nadmiaru cukru we krwi występuje cukier w moczu, — i drugi typ »florydzynowy«, gdzie cukier wydziela się z moczem pomimo obniżenia ilości cukru we krwi albo raczej, że cukier we krwi obniża się wskutek powiększonego zapotrzebowania wątroby, która »wytrząsa« z siebie cukier przez mocz. Zaznaczamy te trochę hipotetyczne poglądy, zdając sobie sprawę z ich hipotetycznej natury i kładąc nacisk na to, że cukier we krwi nie opada dlatego tylko, że się przez mocz wydziela, jakby mniemać należało na pierwszy rzut oka, — tylko raczej opada wskutek tych nie wytłomaczonych wpływów, które sprawiają, że przy dyecie cukrowej u diabetyków cukier we krwi się obniża, a przy mięsnej wzrasta. (l. Menke. D. Arch. f. inn. Med. 114 p 209).

Te zatem doświadczenia spowodowały nasze dalsze badania: Wstrzykiwaliśmy 50 gr. cukru gronowego, lub owocowego w rozczynie 500 cm. sz. wody do żyły łokciowej i obserwowali potem wydzielenie cukru i kwasu mlecznego w moczu, zawartość cukru we krwi i zmiany w ilości krwinek białych we krwi. — Wyniki pracy, która ze względu na ilość tablic teraz w całości drukowana być nie może, są następujące.

Jeżeli wstrzykniemy 50 cm. sz. 100% rozczynu cukru gronowego do żyły, to zawartość cukru we krwi podniesie się z 0,7 do 0,090; 8—9 gramów wydzieli się przez nerki (mierzone polarymetrem). Wydzielenie kwasu mlecznego trochę się powiększy z 0,06 do 0,08 gr. na dobę, a wydzielenie fosforanów spadnie nieznacznie z 2.000 na 0.1800. Ani ciepłota, ani skład krwi zmianom nie ulegnie. — Jeżeli zamiast cukru prawozwrotnego wstrzykniemy tę samą ilość lewozwrotnego, to cukier we krwi powiększy się więcej, niż poprzednio 0,07 do 0.120 W moczu wydzieli się mniej cukru, 5—7 gramów, a wydzielenie kwasu mlecznego ulegnie znacznemu podwyższeniu z 0,06 do 0.224. — Fosforany trochę się powiększą, nie więcej, niż po wstrzyknięciu prawozwrotnego cukru. W godzinę po wstrzyknięciu dostaje chory dreszczy, poczem ciepłota wzrasta aż do 38—39°, a spada w przeciągu dwu do trzech godzin poniżej ciepłoty prawidłowej. Cały ten objaw trwa mniejwięcej 6 godzin i u ludzi nie gorączkujących bywa mniej wybitny, niż u tych, którzy mieli ciepłotę podwyższoną.

Jeżeli jednocześnie z cukrem wstrzykniemy 1 cm. sz. 1‰ rozczynu adrenaliny, to cukru wydzieli się w moczu trochę mniej, 6—8 gronowego, 4—5 owocowego. Ilość cukru powiększy się znaczniej, niż poprzednio, od 0,07—0.200, a wydzielenie kwasu mlecznego będzie przy cukrze gronowym zwiększone jak zwykle od 0.07—0,100, przy lewozwrotnym zaś od 007—0.300, trochę więcej, niż zwykle. Fosforany ulegną niewielkiemu obniżeniu. Jeżeli jednocześnie z cukrem wstrzykniemy 0,05 florydzyny, to ilość cukru we krwi nieznacznie się podniesie, w każdym razie nie spadnie. W moczu wydzieli się 20 gr. do 25 gr. cukru, zamiast 9. W tych wydzielonych 20 gr. będzie mniej więcej 4—5 gr. lewozwrotnego, a 16 prawozwrotnego jeżeli wstrzykniemy lewulozę; przy wstrzyknięciu dekstrozy wydzieli się oczywiście tylko dekstroza. Ilość kwasu mlecznego, jak zwykle, powiększy się zwykle po lewulozie więcej, niż zazwyczaj, a nieznacznie po dekstrozie. Fosforany tym razem nie ulegną obniżeniu, jak gdyby florydzyna niszczyć miała białko i tem powiększać na własną rękę fosforany.

Wpływ, jaki wstrzyknięcie lewulozy wywiera na ustrój, zainteresował jednego z nas (Lindnera), który poprzednio już badał wpływ wstrzyknięć »Besredki« na krew u chorych na dur. Rozpoczęliśmy tedy doświadczenia nad wpływem wstrzyknięcia lewozwrotnego cukru u zdrowych i chorych i porównywaliśmy ten wpływ do wpływu deuteroalbumoz, lipoidów, salwarsanu i elektrargolu Badaliśmy oprócz cukru we krwi, kwasu mlecznego, i fosforanów moczu ilość ciałek białych i ich jakość, barwiąc krew metodą Giemsy-Romanowskiego. Wyniki nasze streścić się dają w następujących zdaniach.

Wstrzyknięcie lewulozy wywołuje u zdrowego po godzinie dreszcz i gorączkę, która po dwu lub trzech godzinach dochodzi do zenitu 38—39°, a potem w przeciągu 2—4 godzin opada do zwykłego poziomu. Ciałka białe spadają np. 8.000 do 3.000, przyczem przeważnie zmniejsza się ilość wielojądrzastych; jednojądrzaste małe limfocyty i jednojądrzaste wielkie mniejszy wykazują spadek. U osób tak zwanych limfatycznych spadek bywa mniejszy, co polega na tem, że u takich osób ilość limfocytów małych nietylko się nie zmniejsza, ale przeciwnie idzie w górę np. z 1200—1400 w 1 mm. sz. Równie leniwo oddziałują na wstrzyknięcie cukru wszelkie niedokrwistości.

Wstrzyknięcie lewulozy u gorączkujących, np. w gruźlicy, podnosi ciepłotę do 41—42°, wywołuje potem spadek do 36—35°. Odczyn trwa mniej więcej 6 godzin, a we krwi występują te same zmiany. Jeżeli ilość ciałek wielojądrzastych była zwiększona np. wynosiła 19.000, to przeważnie spada np. do 3000, ilość limfocytów spada mniej, a ilość ich na drugi dzień się podnosi, natomiast wielojądrzaste wracają do ilości, znalezionej przed wstrzyknięciem. I w gorączce ustrój limfatyczny oddziaływa inaczej: ilość ciałek wielojądrzastych spada, a ilość limfocytów się zwiększa. Na przebieg choroby wstrzyknięcie wpływu nie ma. Raz tylko widzieliśmy przy zapaleniu stawów, że gorączka po wstrzyknięciu lewulozy i po zwykłym odczynie ustąpiła zupełnie, może tylko »post«, nie »propter«.

Wstrzykiwanie cukru lewozwrotnego w durze wywołuje mimo leukopenii spadek ilości białych ciałek z 6000 na 1700, przyczem znowu wielojądrzaste główną odgrywają rolę, — małe limfocyty mniejszej ulegają zmianie. U osobników limfatycznych zmniejszenia się ilości białych ciałek nie widać, bo mimo spadku ilo-

ści wielojądrzastych podnosi się ilość limfocytów i maskuje spadek. W jednym przypadku wstrzyknęliśmy dekstrynę i tym razem chory odpowiedział wprawdzie podwyższeniem ciepłoty zwyczajnem, ale zato spadek ciepłoty był niezwykle głęboki i trwał 3 dni. W ciągu tego ciałka białe spadły z 10.000 do 3.000; podniosły się potem w czasie spadku ciepłoty do 30 000 i w miarę wznoszenia się ciepłoty spadały: z początku do 20.000, wreszcie do 7.000, w ten dzień, kiedy ciepłota wróciła do 38°. Pomimo reakcyi silnej ciepłota powoli wznosiła się w górę i doszła do tej samej wysokości, co przed doświadczeniem, aby z uporem dokończyć zwykłego swego przebiegu durowego. Wstrzyknięcie lewulozy, dekstryny, deuteroalbumoz, czy »Besredki«, jak wykazują nasze krzywe, jest tylko »epizodem« w przebiegu choroby, ale leczniczego wpływu niema.

Ponieważ stale po wstrzyknięciu lewulozy zauważaliśmy znaczne powiększenie ilości kwasu mlecznego i jednoczesną gorączkę, zatem należało spróbować, czy wstrzyknięcie deuteroalbumoz, dekstryny, salwarsanu, elektrargolu, które także podwyższenie ciepłoty wywołuje, nie wywrze wpływu na wydzielenie kwasu mlecznego. Okazało się, że żaden z tych środków, nawet dekstryna, tem mniej deuteroalbumozy lub lipoidy, nie wywołują powiększenia kwasu mlecznego, który zdaje się być szczególnie produktem spalania lewulozy.

Wstrzykiwania deuteroalbumoz, przygotowywanych przez nas samych z przesięków i surowicy, wywoływało bądź spadek, bądź wznoszenie się liczby leukocytów. Wstrzykiwanie lipoidów, wyciągów eteryczno-wyskokowych z przesięków i krwi wywoływało stale wznoszenie się ilości leukocytów, szczególniej wielkich jednojądrzastych, na co umyślnie zwracamy uwagę.

U osób chorych na cukrzycę kwas mleczny sam przez się jest ilościowo zwiększony, a przez wstrzyknięcie lewulozy tembardziej się powiększa. Wstrzyknięcie florydzyny samo przez się wywołuje powiększenie ilości kwasu mlecznego, świadcząc o mobilizacyi cukru.

Doświadczenia te wykonałem w pracowni szpitala powszechnego w Lincu wraz z prymaryuszem szpitala Egonem Lindnerem, którego pomoc i dyskusya były mi nadzwyczaj cenne. Nagła śmierć zabrała mi tego nieocenionego współpracownika, którego myśli długo jeszcze pracom moim towarzyszyć będą i którego wspomnieniu najgłębsza cześć się należy.

Z wojskowego szpitala epidemicznego we Lwowie.

O obecnej epidemii grypy ze stanowiska klinicznego.

podali

Prof. Dr. Maryan Franke i Dr. Julia Bickels.

(Dokończenie).

W paru słowach dotkniemy sprawy rozpoznania różniczkowego. Rozpoznanie grypy w przypadkach lekkich nie przedstawia zbytniej trudności w razie wybitnego rozwinięcia objawów typowych, do których zaliczyć należy tor gorączki, napęczniałość (turgor) twarzy, zajęcie spojówek i gardła. Trudności rozpoznawcze nasuwały przypadki (niepowikłane) z ogólną wysypką na skórze, które mogła budzić przypuszczenie płonicy. Przeciw płonicy przemawiała jednak bladość wysypki na skórze, jak i w gardle, zajęcie spojówek, tętno wolne (bradycardia), i stan krwi, to jest brak charakterystycznej dla płonicy eozynofilii, jak i dalszy przebieg przypadku. W ciężkich przypadkach grypy znowu mogło się rozpoznanie wahać między grypą, a schorzeniami durowemi. W odróżnieniu od duru brzusznego pomocne nam było badanie krwi co do aglutynacyi, brak guzków na skórze, brak wybitnego powiększenia śledziony, jak i badanie stolca lub też moczu co do prątków właściwych; leukopenia nie miała dla nas wartości w obec częstej leukopenii grypowej. Za durem plamistym przemawiała dodatnia próba Weil-Felixa i typowa wysypka krwawa, a w obu durach brak odczynu dwuazowego, którego nigdy nie stwierdzaliśmy w przypadkach grypy. Od rozpoznania duru powrotnego, który dawał objawy ogólne podobne do grypy, chroniło nas badanie krwi i wykazanie krętków Obermeyera. Zakażenie krwi (sepsis) i prosówkową gruźlicę odróżnialiśmy na znanych podstawach, jak i zapalenie płuc krupowe, zapalenie opon mózgowych i t. d. Wspomnimy tylko o początkowej gruźlicy płuc, którą można było przypuszczać w przypadkach grypy z dążnością do krwotoków płucnych, lecz obecność prątków gruźliczych w plwocinie wyjaśniała wnet sprawę chorobową.

O rokowaniu w przypadkach grypy wspomnieliśmy już wyżej.

W paru słowach poruszymy sprawę badania pośmiertnego przypadków, przedewszystkiem zmarłych wśród objawów wikłającego zapalenia płuc. Sekcya tych przypadków wykazywała w płucach zmiany, podobne do tych, które podają inni autorowie, więc obrazy rozsianego zapalenia ogniskowego płuc, właściwego grypie, przy częstych wybroczynach krwawych lub też nalotach włóknikowych na opłucnej i t. d. Przypomnę tylko, że Hansemann w Berlinie pokazywał preparaty płuc, pochodzące z epidemii grypy w roku 1889/90, które przedstawiały obraz zupełnie podobny do obecnych.

Nie wchodząc w badania obce, dotyczące etyologii obecnej pandemii grypy, przedstawimy w krótkości wyniki badań naszych, dotyczące tej sprawy, a przeprowadzone w pracowni II. laboratoryum epidemicznego, pozostającej pod kierownictwem Doc. Dr. Dienesa z Budapesztu. Badania plwocin, badania wydzieliny wydobytej z gardła lub nosa chorych, badania zawartości opryszczki wykazywały obecność drobnoustrojów banalnych, którym nie można było przypisywać znaczenia etyologicznego przy powstaniu grypy, a nigdy nie wykazały obecności prątka grypowego Pfeiffera, co podnieść musimy. Badanie krwi na płytkach, jak i w bulionie, wykazywało jałowość jej przy tym sposobie badania, tak, że i tu nie doszliśmy do wyniku dodatniego. Badanie plwocin przypadków grypy powikłanej nie wykazało nigdy obecności prątków grypy, ale drobnoustroje inne, jak gronkowce, paciorkowce, czasem dwoinki zapalenia płuc lub też prątki Friedländera, tak, że żadnemu z tych drobnoustrojów nie można było przypisać ważniejszego znaczenia przy powstaniu sprawy chorobowej. Do wyników dodatnich doszliśmy tylko przy badaniu wysięków opłucnych naszych przypadków, które w dziewięciu przypadkach wykazało obecność paciorkowców, odbarwiających się (trudno wprawdzie) przy barwieniu sposobem Grama, tak, że Doc. Dienes charakteryzował je jako, w pewnym stopniu przynajmniej, gramonjemne. Z jednego wysięku wstrzyknął Doc. Dienes 0,1 cm. sz. królikowi śródżylnie bez żadnych następstw chorobowych, co wskazywałoby również na pewną odmienność tych paciorkowców w stosunku do innych dobrze nam znanych, które, choć nie w wysokim stopniu, są zwykle chorobotwórcze dla królika. Czy i jakie znaczenie etyologiczne przypisaćby należało tym paciorkowcom przy powstaniu samej grypy lub tylko jej powikłań, tego rozstrzygać nie możemy wobec zbyt skąpych badań naszych i nie wykazania równoczesnego paciorkowców w plwocinie tych samych chorych. W każdym razie badania nasze nie przemawiają za znaczeniem etyologicznem prątka Pfeiffera dla obecnej pandemii grypy, a popierają twierdzenie Mandelbauma, że przyczynę obecnej grypy stanowi jakiś nie znany nam dotychczas »virus invisibilis«, a paciorkowce może są jedną z głównych przyczyn ciężkich powikłań grypy.

Przechodząc wreszcie do leczenia, stosowanego przez nas, zaznaczyć musimy, że w przypadkach niepowikłanych byliśmy bardzo powściągliwi w stosowaniu rozmaitych środków aptecznych. Podawaliśmy wprawdzie aspirynę i jej przetwory, bez wrażenia jednak, jakoby one skracały przebieg sprawy chorobowej; działają one tylko objawowo przeciwko gorączce, lecz na krótki czas. Podawaliśmy piramidon przeciwko uporczywym bólom, przedewszystkiem przeciwko bólom głowy, lecz tylko ze skutkiem czasowym. Robiliśmy użytek z rozmaitych środków narkotycznych przeciwko kaszlowi. Sprawa chorobowa przy tem leczeniu objawowem przebiegała i tak korzystnie w swoim okresie czasu, tak, że to leczenie objawowe wystarczało zupełnie. Przy grypie, powikłanej zapaleniem płuc, prócz środków wspomnianych stosowaliśmy przedewszystkiem środki sercowe, i to od początku sprawy chorobowej, więc duże dawki naparstnicy, olejek kamforowy lub też kofeinę podskórnie w dawkach dużych i często powtarzanych ; mieliśmy wrażenie wpływu korzystnego na przebieg i ostateczny wynik przypadków, tak, że to leczenie polecalibyśmy jako najkorzystniejsze. Wobec beznadziejności wielu przypadków przeszliśmy jednak w ostatnich czasach do leczenia przypadków powikłanych wstrzykiwaniami neosalwarsanu. Dotychczas stosowaliśmy neosalwarsan śródżylnie w daw-

kach po 0,6 gr. w 8 najcięższych przypadkach grypowego zapalenia płuc, a z tego wyzdrowiało pięciu chorych, zmarło trzech, więc stosunek jeszcze nie najgorszy wobec i tak bardzo złego stanu tych chorych. Dodamy, że w ogóle w każdym z tych przypadków nazajutrz po wstrzyknięciu neosalwarsanu stwierdzaliśmy spadek gorączki i poprawę stanu ogólnego, a w przypadkach korzystnie się kończących od chwili wstrzyknięcia można było widzieć powolne cofanie się gorączki i sprawy chorobowej w ogóle. Z trzech przypadków śmiertelnych w jednym śmierć nastąpiła dopiero w trzecim tygodniu wśród nowych nawałów zapalenia płuc, w drugim przy nawrocie sprawy zapalnej, a tylko w trzecim już w pierwszym nawale sprawy chorobowej. Zaznaczyć należy, że w tych przypadkach stosowaliśmy obok salwarsanu także i forsowne leczenie lekami sercowymi. Dotychczasowe nasze doświadczenie przemawia przecież za tem, że w ciężkich przypadkach grypy powikłanej zapaleniem płuc leczenie salwarsanem może mieć wpływ korzystny na przebieg i wynik choroby, ale nie radzilibyśmy stosować go w okresie późnym, gdy wystąpią wybitne objawy niesprawności narządu krążenia. O leczeniu innych powikłań nie będziemy mówić, bo ono musi iść po myśli znanych nam dobrze reguł leczniczych.

Kończąc nasze uwagi, musimy zaznaczyć, że nie stoimy jeszcze na przełomie epidemii, która właśnie obecnie przybiera charakter coraz złośliwszy, a celem naszym musi być obecnie dążyć do wyjaśnienia etyologii drobnoustrojowej obecnej pandemii, ażeby tą drogą uzyskać podstawę do właściwego (swoistego) leczenia tej groźnej sprawy chorobowej.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

surowica uodpornionych, ochronna, Immunserum.
krosta szczepienna, Impfpustel.
ciepłota podnormalna, hypothermia.
hodowność, Züchtbarkeit.
komórka kruchliwa, Klasmatocyt.
wyzyskowność, Ausnutzbarkeit.
krętek, treponema, spironema, spirochaete.
przynętniki, Attraxine.
podnieta, pobudka, impuls, Anstoss.
domykalność, wygajalność (n. p. przetoki), Schlussfähigkeit.
powstawanie choroby, zmiany, pathogenesis.
hodowla martwa, sterilisierte Kultur.
zlepność, Agglutinibilität.
obwodowy, endständig, distal.
odczyn skórny, Cutireaktion.
uchyłek, wrzód uciskowy, Druckusur, Druckgeschwür.
miękkawy, festweich.
niezniszczalny gotowaniem, kochbeständig.
niezniszczalny gorącem, wytrwały na gorąco, hitzebeständig.
wycięcie okienkowate, Fensterresektion.
wskaźnik barwliwości, Färbeindex.
choroba pokarmowa, Ernährungskrankheit.
skręcenie ksobne, Einwärtsrotation.
guz gruźliczy, tuberculoma.
wielokrwinkowość, polycythaemia, polyglobulia, erythraemia.
osadnik, strącalnik, Praecipitin.
pierścień (limfatyczny) gardłowy, Rachenring.
wyjaławianie przerywane, tyndallisatio.
krótkoczłoność, mikromelia.
krótkoczłonki, mikromelus.
zatoka ustna, Mundbucht.
wcieradło, Einreibungsmittel.
choroba bąblowcowa, echinococcosis.

Sprostowanie.

W 17. notatce:

zamiast jądr*a* wnętrne ma być jądr*o* wnętrne
» nad*trwa*nie » » nad*trzo*nie

W 14. notatce:

zamiast odnow*czo*ść ma być odnow*no*ść.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. XI. b. r. posiedzenie, na którem doc. Dr T. Janiszewski miał wykład p. t. »Najpilniejsze zadania polskiej organizacyi sanitarnej w dobie obecnej«. W dyskusyi przemawiali kol. Ciechanowski, Godlewski, Momidłowski, Kostanecki, Bier, Kraszewski.

— Doc. dr Jan Mazurkiewicz przeniósł się do Warszawy, gdzie w Ministerstwie zdrowia obejmuje referat i nadzór wszystkich polskich zakładów dla umysłowo chorych. W Krakowie pozostawia doc. dr Mazurkiewicz powszechne uznanie swej działalności, której owocem jest stworzony kosztem byłego Sejmu galicyjskiego wielki krajowy zakład dla umysłowo chorych w Kobierzynie. Zapisawszy swą pracą w Kochanówce pod Łodzią piękną kartę w dziejach opieki nad obłąkanymi w Polsce, został dr Mazurkiewicz zaproszony przez Wydział krajowy galicyjski do udziału w budowie, do organizacyi i kierownictwa zakładu w Kobierzynie. Pracy tej poświęcił dr Mazurkiewicz szereg najpiękniejszych lat swego życia, wielki zasób doświadczenia i energii i pomimo licznych trudności zdołał utworzyć instytucyę, mogącą zwycięsko współzawodniczyć z najlepszemi zagranicznemi. Po zniszczeniu wojennem podjął doc. Mazurkiewicz syzyfową zrazu pracę uporządkowania i uruchomienia zakładu i zdołał dokazać rzeczy wprost niezwykłej: Zakład został otwarty choć częściowo. Kierownictwo czynnego już zakładu prowadził doc. Mazurkiewicz przez 8 miesięcy.

W kołach koleżeńskich zyskał sobie doc. Mazurkiewicz wielkie uznanie i powszechne sympatye, których wyrazem są serdeczne życzenia, towarzyszące mu ze wszech stron na nowem, a tak ważnem stanowisku.

Warszawa. Ministerstwo zdrowia publicznego prowadzi energicznie akcyę przeciw wyludnieniu, a to zapomocą opieki nad matkami i nad dziećmi, oraz walki z chorobami zakaźnemi. W opiece nad matkami stara się Ministerstwo przedewszystkiem o organizacyę pomocy położniczej przez obsadzanie posad akuszerek gminnych; za staraniem Ministerstwa już 25 Sejmików powiatowych wniosło do budżetów po 10—15 tysięcy marek rocznie na pomoc położniczą. Z funduszu 10-milionowego na ratowanie dzieci wydało Ministerstwo dotąd 1½ miliona na poparcie Towarzystw opieki nad dziećmi. Kolumnom sanitarnym K. B. K. pod kierunkiem prof. Dr Godlewskiego udzielono dotąd około 100.000 marek. (Zdrowie).

Z różnych stron. »Časopis lekařuv českych«, witając w Nr 44 z 2 listopada powstanie Państwa czesko-słowackiego, wzywa lekarzy czeskich w podniosłej odezwie do pracy i wytrwałości w tej nowej erze bytu narodu. Zarazem podnosi »Časopis« myśl utworzenia wszechsłowiańskiego lekarskiego czasopisma sprawozdawczego, z któregoby się Słowianie wzajemnie mogli dowiadywać o swym ruchu naukowym; wreszcie wnosi »Časopis«, by przystąpić do opracowania terminologii lekarskiej słowiańskiej.

Zmarli: Dr Jan Boguszewski w 37 r. ż. w Krakowie. Pochodził z Mińszczyzny. Jako lekarz miejski w Wilnie gorliwie pracował na polu społeczno-higienicznem, potem założył i redagował »Lekarza wileńskiego«. Po wybuchu wojny wstąpił jako lekarz do Legionów. W końcu pracował w Krakowie w biurach Czerwonego Krzyża, redagował »Walkę o zdrowie«, wreszcie objął stanowisko lekarza powiatowego w Miechowie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.